

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

175 N°

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

par

CHARLES-RENÉ YOTTE

Né à la Martinique, le 12 Février 1900

Ancien Externe des Hôpitaux

Ex-Interne de l'Hôpital de Saint-Germain

Attaché à la Consultation O. R. L. de l'Hôpital Lariboisière

Contribution à l'étude
du
Lupus Nasal

SON TRAITEMENT

par la DIATHERMO-COAGULATION

Président : M. Pierre SÉBILEAU, Professeur

IMPRIMERIES TECHNIQUES

8, Rue du Débarcadere
PARIS

Année 1924

THÈSE

N°

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

par

CHARLES-RENÉ YOTTE

Né à la Martinique, le 12 Février 1900

Ancien Externe des Hôpitaux

Ex-Interne de l'Hôpital de Saint-Germain

Attaché à la Consultation de O. R. L. l'Hôpital Lariboisière

Contribution à l'étude

du

Lupus Nasal

SON TRAITEMENT

par la DIATHERMO-COAGULATION

Président : M. Pierre SÉBILEAU, Professeur

IMPRIMERIES TECHNIQUES

8, Rue du Débarcadère
PARIS

Anatomie.	CUNEO
Anatomie médico-chirurgicale	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	Marcel LABBE
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique.	GARNOT
Hygiène	BRNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale.	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clin. des malad. mentales et des malad. de l'encéphale.	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale.	LEJARS
	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	BROCA Auguste
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT

MM.

Agrégés en exercice

ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETTERER
ALGLAVE	PIESSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBOLLETT	ROUVIERE
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ
BRANCA	GUENIOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBE (Henri)	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMARET	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon frère LEON

mort au champ d'honneur le 25 septembre 1915.

A mes parents chéris,

en témoignage de mon amour et de ma gratitude infinis.

A mes sœurs, à mon frère, à ma famille

A Monsieur Fernand MELIN,

en souvenir de mon affection reconnaissante.

A mes amis,

G. M. MAUDUIT. — D^r Raoul TIMSIT. — D^r Robert BAZELIS

D^r Jean DIAMANT

par qui j'ai vécu, à Saint-Germain, des heures bien douces.

A mes maîtres dans les Hôpitaux

M. le Professeur SEBILEAU;

M. le Docteur SAYARIAUD;

M. le Docteur GRANDHOMME;

M. le Docteur THIERY, professeur
agrégé;

M. le Docteur LAMARE.

Chirurgiens

M. le Professeur GUILLAIN

M. le Docteur VENOT

M. le Docteur CHÉRECHÉWSKI

Médecins

A Messieurs les Docteurs MOREAU, chef de Laboratoire,

Fl. BONNET ROY, chef de Clinique O.R.L.

et CORNET, interne de Lariboisière.

A notre maître

Monsieur le Professeur SEBILEAU

*qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence
de cette thèse*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Les cas de tuberculose nasale ne sont pas rares dans les consultations d'oto-rhino-laryngologie.

C'est ainsi qu'avec le Docteur Pierre Cornet, nous avons été amené à traiter un certain nombre de cas de Lupus des fosses nasales.

Il est bien évident que les pommades et onguents ne sont, le plus souvent, que des adjuvants. Les moyens physiques, la galvano-cautérisation, la radio et la radiumthérapie ne donnent que des résultats insuffisants.

Nous nous sommes donc adressé pour le traitement de certaines formes de lupus, à l'électro-coagulation, moyen thérapeutique plein de promesses et d'avenir, qui vient de faire brillamment son apparition en rhino-laryngologie. Préconisée surtout par Bourgeois et Poyet, elle est digne de figurer parmi les plus belles applications de l'électricité médicale.

Apporter quelques nouveaux mérites à la liste déjà longue de ses succès, tel est le but que nous nous proposons dans ce travail.

Nous passerons d'abord en revue les *formes vraies* primitives du lupus nasal, celles où la diathermie trouve une indication absolue.

Nous étudierons ensuite les traitements usuels du lupus, la *diathermie*, le *traitement diathermique* de la tuberculose nasale primitive.

Nous citerons, en terminant quelques *observations* où les effets de la nouvelle thérapeutique ont été des plus concluants.

CHAPITRE I

Les Formes Cliniques du LUPUS NASAL

Nous n'aurons en vue, dans cette étude, que le *lupus vrai*, tuberculose primitive de la Pituitaire que nous distinguerons des manifestations nasales de la tuberculose pulmonaire.

Le *Lupus vulgaire* des fosses nasales, — *lupus élevé* ou proéminent, des dermatologistes, — s'observe surtout chez les adultes femmes.

Il apparaît comme « une tuberculose locale, primitive, indépendante de toute lésion pulmonaire ».

Il coexiste très souvent avec le *Lupus* de la face.

D'après les travaux d'Andry, de Bresgen, d'Escat, de Sticker et les recherches récentes de Caboche, il serait même toujours le premier stade du *Lupus* de la face. Ce qui s'explique bien par l'étiologie et par les données anatomiques. Les traumatismes, les lésions endonasales de grattage, la contamination par les doigts souillés, par les poussières septiques apportés dans les narines sont autant de causes d'inoculation primitive de la pituitaire. La localisation secondaire aux pommettes s'explique par l'abondant réseau lymphatique qui unit la muqueuse nasale aux téguments de la face.

D'ailleurs, si le plus souvent il y a coexistence du *lupus nasal* et du *lupus* de la face, il n'est pas rare de le trouver isolément au niveau de la pituitaire.

Cependant, chez une de nos malades, nous l'avons vu apparaître après un *lupus* typique de la pommette. Il faut donc reconnaître, que dans certains cas, rares il est vrai, c'est à la pommette que se développe d'abord la lésion. Le *lupus* de la pituitaire apparaît alors comme une forme « rentrée » du *lupus* des téguments.

Ainsi sa symptomatologie et son traitement doivent retenir l'attention aussi bien des rhinologistes que des dermatologistes qui, dans certains cas, devront associer les efforts de leurs thérapeutiques.

Début. — Le début passe le plus souvent inaperçu. Les malades négligent une certaine gêne, un coryza tenace, un enchiffrement qui

traîne depuis des mois. Ils ne consultent qu'à une période avancée de la maladie, si elle atteint les téguments de la face ou si son développement endonasal est devenu une cause d'obstruction respiratoire.

C'est lorsque ce début se manifeste par des croûtes sans cesse renouvelées, par des épistaxis qui l'inquiètent, ou par un larmolement qui le gêne, que le malade vient consulter et qu'on peut étudier les premières manifestations du lupus. Il faut donc retenir ces symptômes; ils sont importants car ils peuvent renseigner de suite sur le siège de la lésion.

Il y a en effet sur la muqueuse deux localisations de début : c'est le tiers antérieur de la cloison, et le pourtour de la tête du cornet inférieur ou du méat inférieur.

A ce stade, si l'on vient à pratiquer la rhinoscopie antérieure, on peut voir au niveau de la cloison ou sur la paroi interne du vestibule, un petit amas de croûtes verdâtres qui s'enlèvent avec la plus grande facilité. Au dessous de ces croûtes on trouve de « petites élevures rouges ou grisâtres suivant qu'elles sont jeunes ou anciennes, molles, peu sensibles au contact du stylet, qui ne les fait passaigner ». Elles sont isolées ou réunies en placards arrondis, pas plus gros qu'un pois, saillants et déjà parfois végétants. Lorsque les lésions prédominent au méat inférieur, la tête du cornet inférieur apparaît rouge et bourgeonnante. Les tubercules se multiplient surtout autour de l'orifice du canal lacrymonasal. L'obstruction de ce canal détermine un larmolement continué unilatéral. C'est donc là un signe de grande valeur, qui doit faire penser au lupus nasal périméatique, et faire redouter aussi la propagation de l'affection aux voies lacrymales et aux paupières. (Caboche).

Telles sont donc les deux localisations habituelles du lupus au début. Elles coexistent souvent, faisant vis-à-vis. Elles se cantonnent à la partie antérieure des fosses nasales.

On l'observe aussi quelquefois sur les téguments du vestibule. Une malade que nous avons vue présentait uniquement un bourgeon charnu au niveau du bord inférieur de l'aile du nez. Ce bourgeon indolore se couvrait de croûtes depuis des mois, avec des périodes de cicatrisation apparente, mais sans aucune tendance définitive à la guérison.

Cohn a signalé une localisation analogue au niveau de l'angle interne du nez et en pratiquant l'examen à l'aide d'un petit miroir oblong (rhinoscope) un espace qu'on ne peut bien examiner qu'en soulevant un peu le bout du nez, là où le cartilage alaire et le bord antérieur du nez constituent le méat inférieur (rhinoscopie). On peut ainsi trouver sous l'aspect d'un eczéma vulgaire

du vestibule, cachées sous des croûtes, des granulations qui peuvent être la première et unique localisation du lupus du nez.

Le lupus, à ce stade initial, passe le plus souvent inaperçu, ou bien il est méconnu. Il peut guérir; il peut aussi librement poursuivre son évolution, et s'étendre en surface ou en profondeur. Lorsqu'il guérit spontanément, il ne déforme pas trop l'esthétique nasale; mais si les lésions se font face, elles peuvent constituer des synéchies fibreuses qui réalisent l'obstruction nasale chronique. Cette évolution vers la cicatrisation est rare.

Les récidives sont d'une fréquence extrême, et l'extension lupique tend à se poursuivre en profondeur. Les malades accusent alors de l'obstruction nasale, s'accompagnant ou non d'épiphora, et d'épistaxis. Une de leurs narines (quelquefois les deux) est toujours pleine de croûtes molles et jaunâtres. Leur haleine est fade. Ils peuvent présenter un certain degré d'anosmie.

On pratique la rhinoscopie antérieure et l'on trouve sur la cloison, ou sur le cornet inférieur, quelquefois se faisant vis-à-vis, une lésion tantôt ulcéreuse et tantôt végétante.

Forme ulcéreuse. — Dans cette forme, les tubercules s'étant caséifiés et ramollis, ont disparu laissant à leur place l'ulcération d'une forme plus ou moins régulière, arrondie ou ovale. Ses bords se continuent avec la muqueuse; plus rarement ils sont décollés ou recouverts de bourgeons fongueux. Le fond est une surface grise ou jaunâtre, friable, couverte de bourgeons saillants, baignant dans un liquide sanieux qui se concrète en crouelles verdâtres.

L'exploration au stylet fait sentir un cartilage dénudé. D'ailleurs à une période plus avancée, l'ulcération aboutit à la perforation de la cloison. Celle-ci est peu étendue en général; elle présente des dimensions variant entre une lentille et une pièce de deux francs; ses bords sont épais, irréguliers, entourés de fongosités plutôt grisâtres et molles, et se laissent bien accrocher par le stylet recourbé en hameçon. Elle siège toujours sur la partie cartilagineuse de la cloison, et il est classique de la différencier de la perforation syphilitique, toujours osseuse, s'accompagnant de déformations squelettiques accusées et persistantes.

Dans les cas où l'ulcération a pris naissance dans la région du méat inférieur, elle tend à ulcérer les cartilages de l'aile du nez; son développement est surtout antérieur et elle peut aboutir à des mutilations nasaires, considérables, réalisant la défiguration dite en « tête de mort ».

Cette forme ulcéreuse, un peu douloureuse, ne détermine que peu de gêne respiratoire. Mais elle a une tendance à la destruction du tissu sous-muqueux et des cartilages.

Forme végétante. — Cette forme se caractérise par la présence de véritables tumeurs qui bourgeonnent et viennent obstruer l'étage respiratoire.

En relevant avec le pouce le lobule du nez, on peut déjà apercevoir la masse lupique appendue le plus souvent à la cloison. A la rhinoscopie antérieure on la voit constituée de végétations multiples, pédiculées, molles, d'un rouge vif, ou grisâtres, lorsqu'elles sont recouvertes de croûtes. L'exploration au stylet les fait saigner, et l'on trouve bien souvent au-dessous d'elles, un cartilage dénudé, quelquefois même une ulcération, ou une perforation de cloison.

Lupus bourgeonnant des narines. — Lorsque le lupus se localise au vestibule du nez, il donne aux narines un aspect mamelonné, bien décrit par Lermoyez. Le pourtour des narines prend « un aspect festonné, le lobule du nez est gros, étalé ».

D'autres fois, comme chez une autre de nos malades, le nez est énorme, bosselé, le lobule du nez est transformé en une tumeur rouge et bourgeonnante, englobant les ailes, la sous-cloison et respectant l'orifice narinaire.

De tels cas sont fréquents; ils sont dus, selon Caboché, à des manifestations lymphangitiques du lobule, peut-être de nature tuberculeuse, peut-être dues à des infections secondaires.

Quelle que soit la forme, on trouve une *adénite* sous-maxillaire ou cervico-sous-maxillaire dure, indolente, caractéristique de lésions à marche chronique. Mais cette adénite peut s'enflammer par infections secondaires.

Evolution — Extension — Guérison — Complications. — Telles sont les formes courantes du lupus nasal. Il présente une évolution extrêmement longue. Pendant des années, il peut déterminer des ulcérations et des croûtes sans provoquer de troubles graves. Il n'attire pas l'attention du malade qui s'habitue à un mal sans douleur.

En général il est « casanier » mais il peut se *propager* aux muqueuses du larynx et du voile du palais. Il peut surtout infecter les voies lacrymales. Cette propagation à la muqueuse du canal lacrymo-nasal est fréquente (50 p. 100 d'après Caboché). Elle est précoce; elle peut être spécifique ou non. Tantôt, elle est bénigne et disparaît dès que l'on intervient

par un traitement approprié et intensif de la lésion nasale. Tantôt, au contraire, elle peut déterminer des complications oculo-palpebrales graves et définitives : la paupière inférieure est détruite ou renversée en ectropion; l'œil même et la conjonctive peuvent être envahis; la vision est compromise et l'on a pu observer dans quelques cas la soudure cicatricielle des voiles palpébraux.

Le lupus endonasal, existant isolément, devient souvent, par voie lymphatique, le point de départ du lupus de la face. C'est ainsi que bien souvent les malades viennent consulter dans les services de dermatologie pour un lupus de la face typique, alors que la clef de la maladie se trouve au niveau de la pituitaire. En particulier la forme ulcéreuse peut se propager à la lèvre supérieure, aux joues, au menton, occasionnant des mutilations qui assombrissent le pronostic.

Mais il n'est pas rare d'observer la *guérison spontanée* par transformation fibreuse. Les lésions peu étendues du cornet et du méat inférieur sont les seules qui ne laissent pas de cicatrice Mygind. Au contraire si le lupus s'était localisé au niveau des ailes du nez, celles-ci se rétractent; la partie cicatricielle se ratatine, le nez devient plus petit comme si on l'avait usé par le frottement; ou bien une partie, ou même toute la portion cartilagineuse est entièrement détruite par l'ulcération.

Dans ce cas, le nez peut paraître augmenté de volume, en raison de la couche épaisse de croûtes qui s'y forment. Mais quand celles-ci sont tombées et que les végétations lupiques ont disparu, on aperçoit la destruction d'une grande partie des ailes. (Kaposi).

Si le lupus prédominait au niveau de la cloison, la perforation persiste étendue, ou se couvre d'une cicatrice fibreuse rétractile. L'architecture nasale prend de ce fait une fragilité et une déformation toutes spéciales. Le dos du nez tend à s'affaisser, prenant l'aspect du « coup de hache », du « nez de perroquet ». Les déviations de cloisons, celle de la pointe, achèvent de détruire l'esthétique du visage.

Enfin, si les lésions occupaient le vestibule, on peut observer une atrophie de la narine, *forme sténosante* bien décrite par Raulin, qui compromet irrévocablement la valeur fonctionnelle de la fosse nasale.

Cette atrophie narinaire se retrouve sous une forme curieuse relevée par Mygind dans 16 p. 100 des cas, et constatée par Caboche. C'est une plaque cicatricielle qui se développe là où le plancher du vestibule se continue dans celui de la cavité nasale. Là, cette plaque cicatricielle se lève dans le plan frontal et se termine par un rebord semi-lunaire, à concavité supérieure qui barre au stylet explorateur, l'accès du plancher nasal.

Dans d'autres cas, il se produit « un véritable tunnel fibreux, à travers lequel on voit plus ou moins difficilement les parties constituantes de la fosse nasale ». (Raulin, Caboche).

Cette guérison spontanée fibreuse laisse donc le plus souvent des sequelles redoutables et définitives.

De plus, les complications par infections secondaires peuvent venir aggraver le pronostic.

En quelques semaines le lupus mérite le nom de *lupus vorax*. Il attaque la partie antérieure des fosses nasales, qu'il transforme en un cloaque sanieux. Les ganglions sous maxillaires sont rouges et douloureux. Les sinusites (Gleitzman), les otites (Félix), sont fréquentes, et entraînent souvent des complications infectieuses redoutables.

Cependant la mort au cours du lupus habituel est une terminaison rare. On l'observe peu par méningite tuberculeuse lorsque la tuberculisation des méninges s'est effectuée à travers la lame criblée de l'Ethmoïde (Bourgeois). On l'observe surtout par laryngo-trachéite tuberculeuse, ou par atteinte secondaire de l'appareil pulmonaire.

Tels sont donc l'aspect et l'évolution du lupus nasale vulgaire.

En résumé : Au début, il affecte une forme *nodulaire* et présente trois localisations :

Le tiers antérieur de la cloison, siège qui justifie les épistaxis rebelles constatés souvent à cette période.

La région antérieure du méat inférieur; on reste dans ce cas du larmolement unilatéral sans lésion oculaire.

La partie antérieure du vestibule narinaire, caractérisée par des lésions eczématiformes et impétigineuses du vestibule.

Plus tard au moment où les troubles fonctionnels sont plus accentués, on se trouve en présence d'une des trois formes typiques :

La forme ulcéreuse, avec perforation de la cloison;

La forme végétante avec obstruction nasale;

Le lupus narinaire.

Ces trois formes peuvent s'associer; c'est le cas le plus fréquent, le plus grave aussi. Il importe de les bien distinguer des autres manifestations primitives ou secondaires de la tuberculose nasale, qui sont justiciables d'un traitement différent.

Les autres formes de la tuberculose nasale. Le *lupus érythémateux* est très rarement localisé à la muqueuse nasale. Plus souvent il siège sur

le lobule ou les ailes du nez, accompagnant les placards érythémateux de la face. Il se présente comme des plaques plus ou moins étendues, un peu surélevées, de coloration rose violacée, constitué de petits éléments non ulcéreux, recouverts parfois de squames fines, sèches, très adhérentes. Il est sensible à la pression, douloureux même spontanément avec une sensation de cuisson et de picotements.

Ces caractères le différencient nettement du *lupus vulgaire*.

La tuberculose nasale secondaire, apparaissant chez des tuberculeux avérés est excessivement rare : 1 cas sur 476 d'après Willigh (Knight). Cette rareté serait due soit aux propriétés bactéricides du mucus nasal (Lermoyez et Wurtz) soit à l'action mécanique des cils vibratiles et du mucus qui chassent les microorganismes vers le vestibule du nez. L'infection se réaliserait donc de préférence par la voie sanguine, et les fosses nasales seraient une localisation banale de la tuberculose.

La tuberculose nasale secondaire se présente avec des caractères à peu près identiques à ceux du *lupus*. On a signalé une forme miliaire aigue, une forme ulcéreuse.

Dans celle-ci, les ulcérations siègent sur la cloison. Elles saignent peu, leur pourtour muqueux est pâle, violacé, parsemé souvent de granulations jaunes, qui vont bientôt s'ulcérer à leur tour.

Plus rarement, on observe des végétations sessiles, plus ou moins pédiculées.

La différenciation de cette forme secondaire avec le *Lupus* est d'une importance capitale. Le traitement échoue sur des lésions qui sont constamment réinfectées, et qui évoluent en général chez des malades dont l'état est déjà sérieusement compromis.

CHAPITRE II

Les Traitements du LUPUS NASAL

Depuis 1700, époque à laquelle fut individualisé le Lupus, il n'est pas un agent caustique ou physique qui n'ait été employé contre cette affection rebelle.

Aussi, passer en revue les différentes méthodes courantes de traitement du lupus, c'est faire l'inventaire de presque tout l'arsenal dermatologique.

Traitement interne. — En fait de médicaments internes, nous n'en connaissons aucun qui puisse déterminer la régression d'un lupus existant ou empêcher une récurrence.

L'arsenic, comme les médicaments anti-syphilitiques, le mercure, l'iode et les différents remèdes employés contre la scrofulo-tuberculose : l'huile de foie de morue, le fer, l'iodure de fer, le sirop iodo-tannique, la créosote, etc... se sont montrés inefficaces. Mais on doit se servir de ces différents médicaments, ainsi que des eaux sulfureuses, arsenicales, chlorurée sodiques, dans le but de relever la nutrition générale des lupiques. Peut-être ne faut-il pas considérer comme sans appel cette impuissance de la thérapeutique interne. Peut-être un jour arrivera-t-on par l'administration de médicaments spécifiques (cf Valentin) à obtenir des résultats inespérés. Dans l'état actuel de nos connaissances, le lupus ne peut être guéri que par des moyens locaux, aidés par la thérapeutique générale.

Traitement local. — Les moyens locaux sont de deux sortes : les uns sont de simples adjuvants du traitement; les autres sont destinés à détruire directement les nodosités du lupus.

Moyens adjuvants. — Parmi les premiers se trouvent les graisses, pommades, emplâtres et huiles destinées à ramollir les croûtes. Ces médicaments ont l'inconvénient de faire macérer les tubercules qui sont disposés ainsi à une désagrégation rapide.

Moyens actifs. — Nous passerons rapidement en revue les différents procédés de traitement actif :

D'autres substances sont plus rationnelles. Dans le but d'assécher et de désinfecter les petits foyers caséux, on peut employer avec avantage la pâte à l'oxyde de zinc, ou mieux la pommade au dermatol ou la pommade à l'oxyde jaune de Hg. Par exemple : Dermatol, lundi, mercredi, samedi.

Oxyde jaune : mardi, jeudi, samedi.

Ces deux préparations agissent avec une certaine efficacité qui doit être retenue dans les différents stades du traitement actif.

Les caustiques chimiques;

Les agents physiques.

Le traitement chirurgical (scarifications, ablation, cautérisation ignée, galvano-cautérisation); et nous nous arrêterons tout spécialement sur la diathermo-coagulation.

Les caustiques chimiques. — Ces caustiques, autrefois très en faveur, surtout pour le lupus cutané, sont aujourd'hui beaucoup moins employés.

On peut utiliser :

1° La pâte arsenicale du frère Côme (en onctions locales, 2 fois par semaine).

2° La glycérine iodée (Gaucher).

Iode	}	à 5 grammes
Iodure de potassium.....		
Glycérine		10 grammes
(3 pansements par semaine).		

3° Le biodure de mercure, associé à l'iodure de potassium et à l'axonge.

4° Le phénol absolu anhydre (Gaucher-Billet), en badigeonnages répétés tous les trois ou quatre jours.

5° Le permanganate de potasse à 2 p. 100. Une fois tous les 2 ou 3 jours.

6° Le nitrate d'argent en solution au 1/10°

7° L'acide lactique à 50 p. 100.

Ce dernier caustique nous paraît le plus commode. Nous nous en servons pour les formes cutanées du lupus, et il nous a toujours donné de bons résultats. Nous l'employons en badigeonnages tous les trois jours

Les agents physiques. — Ils comprennent : 1° la photothérapie; 2° la radiothérapie; 3° la curiéthérapie.

1° La Photothérapie, utilisant la lumière solaire ou la lumière de l'arc voltaïque, a été préconisée par Finsen. Ce traitement est basé sur les propriétés des rayons chimiques du spectre.

La photothérapie solaire est utilisée au moyen de condensateurs et de concentrateurs des rayons lumineux.

La photothérapie électrique est pratiquée au moyen de dispositifs spéciaux, que réalisent les divers appareils de Lortet-Genoud, de Finsen, de Broca-Chatin.

Les faisceaux lumineux sont dirigés et concentrés sur la partie à traiter; qui est fortement comprimée avec un compresseur spécial.

2° La Radiothérapie utilise les rayons X, correspond aux numéros 4 et 5 du Radio chronomètre.

Les séances ne doivent pas être trop prolongées; elles doivent être espacées de huit à quinze jours.

Le traitement dure plusieurs mois.

3° La Curiéthérapie doit être employée prudemment. Selon Guisez, il faut de préférence s'adresser aux doses faibles avec application prolongée.

Les résultats de la thérapeutique du lupus par les agents physiques sont différents suivant les méthodes et le siège des lésions.

La Photothérapie et la Radiothérapie donnent des résultats dans le lupus des téguments du nez (Meret, Comas et Prio). Malheureusement ces résultats sont très longs à obtenir, et de plus ils sont nuls sur les lésions endonâsales.

A celles-ci on pourrait appliquer avec avantage la curiéthérapie qui a donné quelques guérisons (Botey-Guisez). Mais c'est une méthode de traitement qui n'est pas suffisamment réglée, dont on n'est pas le maître, et qui est fort coûteuse.

Le traitement chirurgical. — Les méthodes sanglantes ne sont guère préconisées à l'heure actuelle.

On peut en effet pratiquer l'extirpation des végétations lupiques, le curetage soigneux des fongosités et des bourgeons, suivi de badigeonnages à la Formaline (Tetrop). On peut aussi pratiquer les scarifications linéaires imaginées par Balmarmo Squire, et préconisées par Vidal, Kaposi, Besinir, Gaucher.

Mais ces deux procédés sont inutiles et même dangereux. Ils sont inutiles, parce qu'ils n'empêchent pas les récides. Ils sont dangereux

parce qu'ils ouvrent des voies nouvelles aux bacilles qui, par les capillaires et les voies lymphatiques peuvent se propager à une région voisine ou éloignée. Le lupus, comme toute tuberculose locale, comme les tuberculoses dites chirurgicales du genou ou du carpe, ne doit pas être ouverte dans le réseau vasculaire sanguin. De plus, il est difficile d'enlever en entier tout le tissu malade. L'ablation des végétations lupiques ne peut donc seule arriver à enrayer l'évolution d'un lupus qui a infecté tout un territoire lymphatique, ainsi que le prouve l'engorgement ganglionnaire sous angulo-maxillaire.

Il est donc plus prudent de s'adresser à la cautérisation ignée. Le Thermocautère est au rebut depuis que l'on a recours à la Galvano-cautérisation.

C'est vraiment une bonne méthode, lorsque l'on a affaire à des lésions bien circonscrites.

Dans les formes ulcéreuses, on peut pratiquer des piqûres profondes pour cautériser les nodules tuberculeux et les bourgeons. On peut les faire aussi en cas de lupus cutané du sang.

Dans les formes bourgeonnantes, l'anse galvanique rougie sert à l'ablation en même temps qu'à la cautérisation. C'est donc là un bon procédé.

Mais il ne vaut que pour les lésions peu étendues. On ne doit pas cautériser d'emblée en cas de grosses lésions. En effet, à la suite de la galvano-cautérisation, il se produit des cicatrices fibreuses rétractiles; ces chéloïdes, lorsqu'elles sont étendues, provoquent des rétractions qui compromettent l'architecture du nez et l'esthétique de la face.

On devra donc s'adresser à une méthode aussi sûre que la galvano-cautérisation, mais plus douce dans son application, plus sûre dans ses résultats.

Cette méthode, c'est la Diathermo-Coagulation, qui fait disparaître les lésions en laissant une cicatrice souple.

CHAPITRE III

La DIATHERMIE

On groupe sous le nom de Diathermie, un ensemble d'effets physico-biologiques réalisés par des courants de haute fréquence.

Les propriétés de ces courants ont été très complètement étudiées par Bardiet dans son ouvrage.

Rappelons seulement ici le principe de la haute fréquence et de la diathermie.

Dans un circuit fermé de résistance faible, on fait passer un courant d'intensité forte obtenu à l'aide d'une bobine de Rhumkorf ou d'un transformateur.

Si dans ce circuit on interpose un condensateur, d'une part, et un dispositif de Self induction, d'autre part, une décharge brusque d'une des lames du condensateur produit dans le système une oscillation électrique.

La répétition des décharges réalise une certaine fréquence d'oscillations dans le circuit, et lorsque cette fréquence atteint 1000 par seconde, on obtient un courant dit de haute fréquence.

Les ondes parcourant le circuit sont *amorties*, et l'oscillographie montre que le courant comprend un nombre de trains d'ondes égal à la fréquence.

Si l'on provoque la décharge du condensateur à l'aide d'un éclateur à boules, dont on peut convenablement régler la longueur d'étincelles on obtient des oscillations non amorties, se répétant avec une fréquence considérable (10.000 par seconde) et une amplitude égale.

Le courant obtenu diffère du courant de haute fréquence à ondes amorties par des propriétés thermiques particulières.

Si, à deux bornes placées sur le circuit, par exemple sur le solénoïde de self induction, on relie deux plaques métalliques de surface égale, suffisamment distantes l'une de l'autre, il se produit au passage du courant une effluve calorique entre les plaques. Un corps conducteur, le corps humain par exemple, entrant en contact avec elles, reçoit l'effluve tandis que les plaques restent froides. C'est ce phénomène qui a reçu le nom de *Diathermie*.

Plus les surfaces de contact sont petites, plus les effets thermiques sont intenses.

Si l'un des pôles est large et que l'autre soit petit, c'est le point d'application de la petite électrode qui est le siège de l'effet calorique maximum. Et lorsque l'intensité du courant est suffisante, la chaleur obtenue est telle qu'elle provoque la coagulation de l'albumine des tissus. Ce phénomène a été appelé *électro-coagulation* (Doyen) ou *diathermo-coagulation* (Bordier).

Tels sont, résumés d'une façon très simpliste, le principe et l'action des courants diathermiques.

L'électro-coagulation a été introduite en chirurgie par Doyen et par Keating Hart, en 1908; son emploi s'est depuis généralisé, principalement en chirurgie urinaire. Beer aux Etats-Unis l'a appliqué au traitement des tumeurs végétantes de la vessie. Grâce à Leguen, Papin, Heitz Boyer, l'électro-coagulation est devenue d'un usage courant et indispensable en urologie. L'excellent ouvrage de Bordier, paru en 1922, a vulgarisé la méthode tant en médecine qu'en chirurgie.

Mais, on peut dire que les véritables promoteurs de la diathermo-coagulation en rhinologie sont Bourgeois et Poyet. Bien avant la guerre, Bourgeois avait commencé des recherches sur son application dans notre spécialité. Ses travaux ont contribué à répandre la méthode plus encore à l'Etranger qu'en France même. Son dernier travail paru en 1923, l'article remarquable de Baldenweck en décembre 1923, les communications de nombreux auteurs, ont apporté une contribution précieuse à l'étude de la Diathermie.

Bourgeois et Poyet, Baldenweck, Dutheillet de la Mothe, Moulonguet et Doniol, ont préconisé l'électro-coagulation dans le traitement des synechies nasales, des polypes de la cloison, de l'hypertrophie des amygdales, dans les affections chroniques du bourrelet tubaire et de la portion fibro-cartilagineuse de la trompe.

Samingo, Dundas Grant, Syme, James Adam, Novak, l'ont appliqué au traitement des néoplasmes du pharynx et du larynx.

A une récente réunion de rhinologistes, Bourgeois et Poyet, présentaient quatre malades traités avec succès pour une sténose cicatricielle velo-palatine.

Dutheillet de la Mothe a publié 3 cas de tuberculose laryngée où la méthode a été heureusement appliquée.

Bordier a pratiqué l'électro-coagulation de tumeurs lupiques végétantes et rapporté 10 cas guéris par quelques applications.

Bourgeois, Baldenweck, ont été très satisfaits des résultats obtenus dans le lupus rebelle.

Récemment Vibede, au Danemark, a publié une statistique des cas de lupus rhino-laryngologique traités les uns par l'électro-coagulation seule, les autres par l'électro-coagulation combinée aux bains de lumière. Ses résultats sont encourageants puisque sur 73 cas traités par la Diathermie seule, il a obtenu 44 guérisons.

CHAPITRE IV

Traitement Diathermique du LUPUS NASAL

Appareillage. — On peut se servir avec intérêt de l'appareil de Gaiffe ou de l'appareil d'Heitz Boyer qui a l'avantage d'être portatif. Nous avons utilisé de préférence l'appareil de Drapier, qui est fourni à l'hôpital Beaujon et à Lariboisière. L'appareil de Drapier se compose essentiellement d'un transformateur à circuit magnétique fermé qui actionne une bobine secondaire. Celle-ci est connectée à 2 condensateurs séparés par un éclateur fonctionnant à air libre. Cet éclateur à pointes de platine, situé dans un coffret à la partie supérieure de l'appareil est réglé à volonté par une vis micrométrique au pas de un millimètre; on peut ainsi faire varier l'écartement des pointes, augmenter ou diminuer la longueur des étincelles, c'est-à-dire modifier à son gré la valeur de l'intensité.

Une graduation au 1/10 de millimètre, fait connaître à l'opérateur la longueur de l'étincelle.

L'éclateur a pour but d'actionner les condensateurs. Ceux-ci produisent dans un solénoïde primaire un courant de haute fréquence qui actionne le solénoïde secondaire absolument indépendant du premier.

C'est sur ce solénoïde secondaire qui n'a donc aucun contact avec le courant de départ, que sont branchées les deux bornes noires isolées, placées sur le dessus de l'appareil. A ces deux bornes sont reliées les pointes d'utilisation, c'est-à-dire les électrodes.

Un système de plots, avec cadran gradué, situé sur la partie antérieure de l'appareil permet d'utiliser au gré de l'opérateur un plus ou moins grand nombre de spires; ce qui a pour effet d'augmenter le potentiel utilisé en donnant une plus ou moins grande distance explosive à l'étincelle d'application.

L'appareil est commandé par l'opérateur à l'aide d'une pédale permettant d'ouvrir ou de fermer le circuit.

Sur les deux bornes noires sont branchées les électrodes. L'une est une large lame de plomb qui entre en contact avec une partie indiffé-

rente du sujet à traiter. C'est l'électrode *indifférente*. L'autre, électrode petite, électrode *active*, de forme variable et appropriée, est appliquée sur la lésion à traiter.

Indications. — Bordier a appliqué l'électro-coagulation à tous les cas de lupus végétant; aux formes ulcéreuses, il réserve la radiothérapie. Bourgeois et Poyet utilisent la Diathermie dans tous les cas de tuberculose nasale, lupus ou tuberculose secondaire. Vibede fait agir la coagulation en même temps que les bains de lumière.

Nous pensons que la diathermo-coagulation doit être appliquée dans toutes les formes d'elupus nasal primitif. Son emploi est évidemment indiqué dans les formes secondaires; mais le pronostic du traitement doit être réservé, pour les raisons précédemment exposées.

De toute façon, il faut agir vite, et commencer les applications une fois le diagnostic fait.

Lorsqu'il existe une sténose vestibulaire, il ne faut pas hésiter à pratiquer la diathermie : « non seulement la sténose ne s'accroît pas, mais après les applications, nous constatons au contraire une augmentation de calibre de la filière nasale » (Bourgeois).

Il ne faut pas redouter les synéchies en cas de lésions faisant vis-à-vis, et cette considération permet d'entreprendre un traitement là où les cautérisations ne seraient pas indiquées.

Technique. — Nous faisons asseoir le malade sur un siège en bois.

La grande électrode (plaque de plomb) préalablement recouverte d'une toile mouillée est mise en contact direct avec la peau du sujet. Plusieurs auteurs (Baldenweck) se contentent de faire poser la main sur la plaque. Nous préférons, dans la clientèle hospitalière, faire asseoir le sujet sur l'électrode. Il faut isoler le malade de tous corps conducteurs voisins. Il ne doit toucher aucun fil, aucune partie métallique car au passage du courant il se produirait des brûlures graves et profondes.

Avant toute application, la région à opérer est anesthésiée à l'aide du mélange adrénaline-cocaïne :

Cocaïne	50 centigrammes
Adrénaline	XX gouttes
Eau distillée.....	5 grammes

Il ne faut pas utiliser le mélange de Bonain dont le phénol provoque une teinte blanche trompeuse. Pendant que l'anesthésie se fait, on prépare l'électrode active, et on règle l'appareil.

Si l'on a affaire à une surface bourgeonnante étendue, par exemple à un lupus obstruant toute la fosse nasale, il faut opérer surtout une coagulation de surface, une coagulation de dégagement. On entoure l'électrode spéciale de coton imbibé d'une solution saline; la surface d'application est ainsi plus large et l'effet diathermique moins profond.

Lorsque la végétation est large, qu'il y a intérêt à la détruire en masse, on utilise l'électrode lancéolée, dont les deux faces sont actives; on peut l'enfoncer dans la tumeur et coaguler la partie superficielle d'une part et le pédicule d'autre part.

Pour une végétation petite, un simple bourgeon, on peut se servir de l'aiguille ou de l'électrode à extrémité plane.

Celle-ci peut s'appliquer aussi aux ulcérations, pour lesquelles il faut des électrodes à surface d'application suffisante.

Une fois l'électrode prête, on règle l'appareil. La prise de courant est fixée au circuit de la ville, la longueur d'étincelle est réglée à 5 dixième de millimètre.

Le bouton de voltage est placé à la division 2.

Pendant ces préparatifs, l'anesthésie s'est faite. On retire des fosses nasales la mèche cocaïnée. On vérifie que l'appareil fonctionne bien en fermant une première fois le circuit au moyen de la pédale commutatrice, pendant un court instant. Puis, on met la petite électrode au contact de la partie à traiter, sur laquelle on fait passer le courant. A ce moment, l'ampèremètre doit marquer 300 milliampères. L'application dure 30 secondes pour une lésion ordinaire. Elle est un peu prolongée lorsque l'électrode active est un coton humide.

En principe, il y a une règle qu'il faut observer pour les applications nasales de diathermie : Intensité moyenne, 3000 m. a.; voltage faible, 2; durée prolongée, 30 à 40 secondes.

La profondeur d'action est surtout fonction de l'intensité et de la durée.

Il faut enlever dès que le tissu a pris la teinte blanche caractéristique, ou qu'il se produit une légère fumée. Il faut suspendre l'application dès que le malade dit : Je souffre. Il pourrait bouger et provoquer un déplacement de l'électrode et une étincelle douloureuse.

Il faut éviter la production d'étincelles de surface, et arrêter le courant avant d'enlever l'électrode.

Phénomènes immédiats. — Après l'application, les tissus chauds appa-

raissent desséchés et blanchâtres, lorsque les lésions étaient propres et non suintantes.

La teinte blanche neigeuse n'apparaît pas sur les jeunes végétations molles « ou le contact est mal assuré, et il existe souvent un suintement sanguin après l'application. L'escarification se fait néanmoins. »

Les phénomènes douloureux cessent dès que cesse le courant coagulant.

Ils ne sont pas notés dans les jours qui suivent.

Par contre, il peut se produire un oedème post-diathermique et principalement une rhinorrhée exsudative, véritable rhume de cerveau. En deux ou trois jours, les parties coagulées sont nettement escarifiées; elles prennent une mauvaise odeur.

Soins consécutifs. — Bordier fait prendre à ses malades des bains et des lavages de nez avec un mélange isotonique d'une solution oxygénée additionnée d'iodure de potassium.

Nous nous contentons de leur recommander l'instillation d'huile Goménolée dans les narines, dans l'intervalle des applications.

Nombre d'applications. — Celles-ci sont répétées chaque semaine.

En général, trois ou quatre séances suffisent pour la guérison de lésions de gravité moyenne. Quelquefois, si les tubercules sont minimes et l'évolution peu avancée, une ou deux séances sont suffisantes.

Lorsque l'escharre est tombée, que les soins de désinfection ont été bien suivis, la cicatrisation se poursuit rapidement, laissant du tissu cicatriciel blanchâtre et *souple*. Cet avantage est considérable lorsqu'on agit sur les fosses nasales dont la perméabilité est un facteur physiologique **considérable**.

EN RÉSUMÉ

Le traitement diathermique présente, d'une façon générale, les avantages suivants : l'opérateur n'est pas gêné par l'écoulement de sang; la coagulation obtenue est profonde; elle englobe toutes les parties de la lésion; elle stérilise les tissus.

En ce qui concerne le traitement du lupus, la diathermo-coagulation présente les avantages suivants :

Coagulation profonde alors que la galvano-cautérisation est une coagulation chaude de surface.

De plus, pas de rétraction cicatricielle ni de sténose vestibulaire.

Coagulation complète, alors qu'avec le bistouri l'action ne dépasse pas la surface de section, et que l'on ouvre des portes aux récidives et aux métastases, l'action-coagulante dépasse le plan touché par l'électrode et supprime les risques de récurrence.

Enfin, autres qualités de ce traitement : durée courte, pas de choc opératoire, convalescence et soins postopératoires extrêmement réduits, possibilité de renouveler l'opération.

I. - OBSERVATIONS DE BOURGEOIS

Obs. I. — Mme BEL..., 38 ans, vient consulter le 16 décembre 1912. Dacryocystite. Longosités de la cloison et du méat infr. à droite. Lupus avancé ulcéro-végétant à gauche. Plusieurs applications. Janvier et février 1913. Amélioration considérable 15 mars 1914. Malade considérée comme guérie.

Obs. II. — MAL... Emile, 23 ans. Bacillaire. Tuberculose obstruante des fosses nasales. Traitement du 31 mai 1913 au 25 septembre 1913. Au 15 octobre 1913, la guérison semble acquise.

Obs. III. — Mme FILS. Forme granuleuse discrète du lupus. 6 séances, guérison en 7 mois.

Obs. IV. — Sœur St-V..., 31 ans. Lés. tuberc. multiples avancées. Sténose narinaire. Amélioration considérable en 8 mois (du 15 mars 1922 au 15 novembre 1922).

Obs. V. — Mlle Jeanne N..., 19 ans. Tuberculose ulcéro-végétante diffuse. Lésion obstruante considérable à droite. Améliorée du 13 mars 1922 à novembre 1922.

Obs. VI. — Mme HEM..., 38 ans. Tub. nasale bilatérale et plaque lupique de la joue droite. Améliorée du 13 mars 1922 à novembre 1922.

Obs. VII. — Mme PAP... Ulcérations bourgeonnantes à l'union de la fosse nasale gauche et de la cloison. 6 séances. Guérison (juin 1922).

Obs. VIII. — M. BER..., 16 ans. Ulcérations multiples du cornet inférieur gauche. Ulcération bourgeonnante du quart antérieur du septum. 3 séances. Guérison à peu près complète.

Obs. IX. — M. GUIL..., 29 ans. Tuberculose nasale et tuberculose pulmonaire. Guérison des lésions nasales en 3 séances.

Obs. X. — Mme CHAIL. Dacryocystite. Obstruction bi-latérale des fosses nasales par grosses lésions ulcéro-végétantes. Guérison en 7 séances.

II. - OBSERVATIONS PERSONNELLES

Obs. XI. — Mme RAUT, 59 ans. Présente depuis deux ans un lupus typique des teguments du nez avec signes d'obstruction nasale. Traitements usuels restés sans grand résultat. En janvier, vient à la consultation du Dr Sébilleau. Rhinoscopie antérieure: bourgeons sur la tête des cornets inférieurs, perforation large au tiers antérieur de la cloison, avec grosses végétations typiques. Quatre applications de diathermie en 3 mois. Actuellement, guérison à peu près complète des lésions endonasales. Persistance de la perforation et des lésions cutanées.

Obs. XII. — Mme CAU..., 35 ans. Depuis plusieurs mois, larmolement bilatéral. Légère obstruction nasale. Vient consulter à la clinique de Lariboisière, le 14 février. On trouve: ulcération de la cloison, végétations de la tête du cornet inférieur à droite et à gauche. Immédiatement: application de diathermie. Trois séances en un mois et demi. Actuellement disparition complète de l'épiphora et des lésions nasales.

Obs. XIII. — Mlle X..., 11 ans. Vient consulter, en février, à Lariboisière, pour un bourgeon rouge situé au niveau du vestibule et se couvrant, depuis plusieurs mois, de croûtilles grises. Aucune tendance à la guérison spontanée, malgré l'application des traitements usuels. Immédiatement une séance de diathermie. Nous n'avons plus revu la petite malade, qui semble avoir été guérie avec une seule application d'électrocoagulation.

Obs. XIV. — Sœur St D..., 33 ans. Lupus de la pommette gauche depuis 6 ans, traité par cautérisations. Obstruction nasale depuis 3 ans, avec surdité gauche. Traitement endonasal par pommade à l'oxyde jaune et acide lactique, sans rétrocession des lésions. Vient consulter le Dr Cornet le 15 mars 1924. Une séance de diathermie. Les lésions (ulcération de la cloison à droite, avec végétations; bourgeons lupiques à gauche sur la cloison et la tête du cornet), paraissent, à la date du 31 mars 1924, en voie de prochaine guérison. Disparition des signes d'obstruction.

Obs. XV. — Mme LY., 31 ans. Début des signes de lupus nasal il y a 5 ans; traitement: acide lactique et pointes de feu. Vient consulter à Lariboisière, il y a un mois: épiphora légère à droite. Rhinoscopie: à droite ulcération au 1/3 antérieur du septum; bourgeons sur la tête du cornet inférieur. A gauche: ulcération au tiers antérieur du cartilage, qui est dénudé. Deux séances de diathermie en un mois. Actuellement, guérison presque parfaite, avec disparition totale de l'épiphora et des troubles respiratoires.

CONCLUSIONS

1° Le lupus nasal vulgaire se présente en clinique sous une forme le plus souvent ulcéro-gégéante facilement accessible à l'exploration et à la thérapeutique.

2° Ces lésions présentent une évolution extensive qui, lorsqu'on n'intervient pas, compromettent l'esthétique de la face et l'avenir fonctionnel de l'organe.

3° La plupart des traitements employés jusqu'à ce jour se sont montrés actifs à des degrés variables, mais ils ne préviennent pas les rétractions et sténoses cicatricielles.

4° La diathermocoagulation seule permet d'obtenir une cicatrice souple et de conserver l'intégrité physiologique des fosses nasales.

5° C'est donc un traitement de choix, à recommander dans toutes les formes de la tuberculose nasale primitive.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

Vu :
Le Doyen,
H. ROGER

Vu :
Le Président de Thèse,
PIERRE SÉBILEAU

BIBLIOGRAPHIE

- ADAM. — (Voir James).
- AUDRY. — *Journ. des Mal. Cut. et Syph.* 1896, p. 729.
- BALDENWECK. — L'Electrocoagulation en O.R.L. *Arch. Int. de Lar.*, p. 754, 1923.
- BALDENWECK. — Quelques applications de la diath.-coag. en O.R.L. *Arch. Int. Lar.*, 1923, p. 1094.
- BAUMGARTEN. — Tuberculose de la cloison. Soc. Hongroise d'O.R.L., 25 mai 1899.
- BABÈS. — Pénétration des bacilles Tuberc. par la peau. *Pr. Méd.*, 1907.
- BARTHAS. — Soc. de Laryngologie de Paris. Juillet 1909. Lupus de la joue, etc...
- BOURGEOIS (et POYET). — L'Electrocoagulat. en O.R.L. *Annales des Maladies de l'oreille*, 1923, n° 4.
- BOTEY. — *Annales des Mal. de l'or.*, août 1906. Obs. VII.
- BORDIER. — Diathermie et Diathermothérapie. J.-B. Baillière, Paris, 1922.
- BOUTARD. — Tuberculose nasale. *Th. de Paris*, 1889.
- CABOCHE. — Contrib. à l'étude de la Tuberc. de la Pituitaire. *Ann. Mal. Or.*, 1907-2.
- CABOCHE. — A propos de tuberc. nasale. *Ann. Mal. Or.*, 1906.
- CARTAZ. — *France Médicale*, 1887.
- CHAVAUNE. — Tumeurs tuberculeuses des Fosses Nas. *Ann. Mal. Or.*, 1909.
- CIARI. — Maladies du Nez. *Traduc. Breyre*, 1905.
- CHRISTIANSEN. — Traitement du Lupus nasal à l'Institut Finsen (Soc. Danoise d'O.R.L., 25 mars 1903).
- COHN. — Du vieux et du nouveau sur la tuberc. du nez. *Archiv. für Lar.*, 1908 n° 2.
- COURMONT (et LESIEUR). — *Presse Méd.*, 1907.
- COMAS (et PRIO). — Lupus du nez guéri par Röntgenthérapie. *Rev. de Cien. Méd. de Barcelone*, 1907 et 1908.
- DAVIDSOHN. — Lupus primaire du naso-pharynx. Soc. G.R.L., 22 févr. 1907.
- DRESCH. — *Th. de Toulouse*, 1910, et *Ann. Mal. Or.*, 1910, p. 325.
- DUBOIS. — Deux cas de Lupus du nez guéris par Ray. X. *Rev. Méd. de la Suisse Romane*, Générale, 1908.
- DUPOND. — *Archives Int. de Laryngologie*, 1909.
- DUNDAS GRANT. — Epithélioma pharyngé traité par la Diathermie, voir *Arch. Intern. de Laryngologie*, p. 507, 1923.
- DUTHIELLET DE LAMOTHE. — *Arch. Int. Lar.*, p. 753, 1923.
- ESCAT. — Légitimité de la distinction du Lupus, etc... *Ann. Mal. Or.*, octobre 1905.

- FAIN. — Contrib. à l'étude du Lupus nasal. Berlin. Kl. Woch., 1908, n° 48.
- FERNANDEZ. — Quelq. cas de Lup. nas. *Annales de l'Inst. Chir. de Bruxelles*, 1910.
- FELIX. — Participation de l'oreille moyenne dans le lupus des fosses nasales (*Annales des Mal. de l'oreille*, mars 1903).
- FORDYCE. — Lupus Erythémateux du nez. *Cut. dis. N. J.*, 1907, p. 265.
- FORDYCE. — Lupus of the mucous membr. *N. J.*, 1907, p. 310.
- GAREL. — Diag. et trait. des maladies des Fosses nasales.
- GAUCHER. — Dermatologie.
- GELLÉ. — Rôle des Lésions nasales dans la pathologie du Larmolement. Soc. Fr. de Laryngologie, 1903.
- GERST. — Archiv. of Laryngologie. Reconnaissance de la tuberc. nasale, 1911, n° 2.
- GUISEZ. — Maladies des fosses nasales et des Sinus.
- GLEITZMAN. — Tuberc. des Sinus accessoires du nez. *Rev. Hebd. Laryng.*, juin 1907.
- HARVEY. — Lupus nasal primitif. *Journ. of Laryngology*. London, 1902.
- HÁJEK. — Tuberculose de la muqueuse nasale. *Internat. Klin-Rundschau*, 1889.
- HALM. — Tuberculose de la muqueuse nasale. *Deutsche med. Woch.*, n° 23. 1890.
- HEINDE. — Wien. K. W. 1905. XVIII. p. 22.
- HUISBERG. — Affect. oculaires en relation avec la Tuberc. nasale. Archiv. of otology, 1902.
- JAMES ADAM. — Epithelioma du voile, traité par la diathermie. *Arch. Int. de Lar.*, 1923, p. 660.
- KNIGHT. — Acad. de Méd. de New-York, 17 avril 1904. La Tuberc. nasale.
- KÁPOSÍ. — Leçons sur les maladies de la peau.
- KOSCHER. — Tuberculase nasale. *Wien-klin. Woch.*, 1895.
- LAURENS. — La Tuberculose des fosses nasales. *Rev. de la tuberc. Par.*, 1906.
- LABIT. — *Rev. Hebd. de Laryngologie*, 1895, p. 509.
- LACOURRET. — *Rev. Hebd. de Lar.*, 1892, p. 405.
- LEUROYEZ. — Ther. des Maladies des Fosses nasales.
- MASSÉL. — *Rev. Hebd. de Lar.*, 11 mars 1905, n° 10.
- MARC ANDRÉ. — Lymphatiques des Fosses nasales. Th. Paris, 1905.
- MELZI. — Arch. intern. de Lar. Ital. Juillet-août 1904.
- MÉRRET. — *Normandie médicale*, Rouen 1909. Un cas de lupus nasal guéri par Radiothérapie.
- MINEAU (et FRIÈRE). — Origine nasale du Lupus de la face. *Ann. de Dermatologie*, 1897.
- MILIAN. — Sclerodermie tuberc. Soc. Méd. Hop., 1907.
- MOLINÉ. — *Méd. Médic.*, 1893.
- MONLONGUET (et DORNIOLE). — La Diathermie dans le traitement de l'Hypertrophie des Amygdales. *Arch. Int. Lar.*, 1923, p. 754.
- MYGIND. — Le Lupus nasal. *Arch. für Lar.*, 1906, n° 3.

- MORSCHIECK. — Wien K. W., 1905.
- NOVAK. — Electrocoagulation dans le trait. de l'épith. du Larynx. *Arch. Int. Lar.*, 1923.
- OLYMPITIS. — Tuberculose nasale. Th. Paris, 1890.
- PAPIN. — Endoscopie opératoire des voies urinaires.
- POYET. — (Voir Bourgeois).
- PLICQUE. — Tuberculose nasale. *Ann. Mal. or.*, 1890.
- PISTRE. — Les pseudo-polypes tuberc. des Fosses nasales. Th. Bordeaux, 1903.
- PROTA. — Tuberc. végétante du nez. Soc. Ital. d'O.R.L., Rome, octobre 1899.
- PARMENTIER. — Tuberculose nasale. *Progr. Méd. Belge*, 1911.
- RAULIN. — Lup. primitif des Fosses nasales. Th. Paris, 1887.
- SAMINGO. — Diathermie chirurgicale en O.R.L., *Arch. Int. Lar.*, 1923, p. 420.
- SCHÖEMAKER. — Un cas de tuberculose détruisant les tissus profonds. *Jo. Ann. Méd. Assoc. Chicago*, 1907, p. 942.
- STEWART. — Tuberculose de la muqueuse nasale. London Guy's Hosp., 1897.
- SCHULTZE. — Traitement chirurgical du Lupus nasal. Soc. Néerlandaise de Rhinologie, 10-11 juin 1899.
- TEXIER ET BAR. — Contribut. à l'étude de la tuberculose nasale. XIII^e Congrès International. Paris, 1900.
- TRETROP. — Trait, du lupus des Fosses nasales. Soc. Belge O.R.L. Juin 1906.
- TRASHER. — Tuberc. prim. du nez, *Lancet clinic. Cincinnati*, 1907, p. 107.
- VANDERHOVE. — Lupus of the nose. *Laryngos.*
- VALENTIN. — Un cas de Lupus des fosses nasales guéri par la Paratoxine. *Nord Médical*, Lille, 1908 et *Rev. Hebd. de Laryngologie*, 1908.
- VOLKMAN. — *Chirurgia*, n^o 168, p. 69.
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	3
INTRODUCTION	7
CHAP. I. — <i>Formes cliniques du lupus nasal</i>	8
CHAP. II. — <i>Les traitements usuels</i>	15
CHAP. III. — <i>La diathermie</i>	19
CHAP. IV. — <i>Le traitement diathermique du lupus nasal</i>	21
OBSERVATIONS	26
CONCLUSION	28
BIBLIOGRAPHIE	29

SPÉCIALITÉ DE THÈSES

Les Imprimeries Techniques

PARIS